Deutscher Bundestag **Drucksache 18/7926**

18. Wahlperiode 18.03.2016

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Harald Weinberg, Kathrin Vogler, Sabine Zimmermann (Zwickau), weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 18/7784 –

Weitere mögliche Diskriminierung von Versicherten durch den Krankenkassen-Wettbewerb im Nachgang zur Antwort der Bundesregierung auf Bundestagsdrucksache 17/11910

Vorbemerkung der Fragesteller

Die im Dezember 2012 auf Bundestagsdrucksache 17/11910 beantwortete Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. beleuchtete auch das Verhalten der damaligen KKH-Allianz (Kaufmännische Krankenkasse – KKH). Diese Krankenkasse sollte nach einem Bericht des Fernsehmagazins „Frontal21“ Versicherte, die ihre Zusatzbeiträge schuldig geblieben waren, unter Druck gesetzt und den Austritt bzw. Wechsel zu anderen Krankenkassen nahegelegt haben. Chronisch Kranke, Ältere und Menschen mit geringem Einkommen zählten dem Bericht zufolge nicht zu den erwünschten Mitgliedern. Die Fragesteller hatten derartige Verhaltensweisen auf den Wettbewerb unter den Kassen zurückgeführt.

Die Bundesregierung antwortete, dass nach ihrer Auffassung der Wettbewerb nicht auf dem Rücken der Versicherten ausgetragen würde. Die aufgeführten Diskriminierungsversuche seien Einzelfälle, auf die nach Bekanntwerden sofort seitens des Bundesversicherungsamtes (BVA) als zuständiger Aufsichtsbehörde reagiert worden sei. Aus den genannten Beispielen sei keineswegs auf eine flächendeckende systematische Diskriminierung von alten und kranken Versicherten durch die Krankenkassen zu schließen.

Die „Ärzte-Zeitung“ hat in einem Artikel vom 12. Februar 2016 (vgl. www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/krankenkassen/article/904749/preiskampf-kassen-bleibt-solidarprinzip-strecke.html?sh=1&h=1052734084) aufgrund von teils internen Unterlagen, die auch den Fragestellern vorliegen, das Thema erneut aufgegriffen. Aus diesen Unterlagen geht hervor, dass die KKH-Allianz im Jahr 2012 die strategische Einschätzung hatte, dass mit der „Scharfschaltung der Zusatzbeiträge [wird] der Versorgungswettbewerb zum Preiswettbewerb“ werde. „Die Parameter Leistungen und Service träten aus Kundensicht in den Hintergrund“, zitiert die „Ärzte-Zeitung“ aus dem Strategiepapier der KKH-Allianz. Weiter lautet es in dem Papier: „Nötig seien dagegen ‚Neuakquisitionen‘, die ‚durch Wertsteigerung der Versichertensubstanz

---

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 17. März 2016 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

ein qualitatives Wachstum sichern'" und so ihren Beitrag zur Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens unter den Bedingungen des Morbi-RSA (morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich) leisten. „Jede Entscheidung, heißt es in dem an Führungskräfte gerichteten Papier, müsse darauf abgeklopft werden, ‚ob sie einen Beitrag zur Wertschöpfung leistet'."

Folgerichtig fordert die Krankenkasse in ihrer neuen Strategie, dass das „Leistungs- und Investitionsportfolio […] am Primat der Ökonomie auszurichten" ist. Die „Ziele, einerseits die medizinische Versorgung für unsere Versicherten zu optimieren und andererseits dabei rechenbare, wirtschaftliche Vorteile für die KKH zu erreichen", seien „gleichrangig". Es gelte das Ziel, die „medizinische Versorgung unter Wirtschaftlichkeitsaspekten zu optimieren".

Nach der Antwort der Bundesregierung auf die o. g. Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. hat die KKH-Allianz handeln müssen, weil gewisse Praktiken darin als rechtswidrig bezeichnet wurden. Dazu zählen etwa die Zielgruppenvereinbarungen der Krankenkassen mit dem eigenen Vertrieb oder beauftragten Dritten, wonach keine oder niedrigere Prämien für Mitglieder mit einem niedrigen Einkommen oder hohen Leistungsausgaben gezahlt werden. Nach Auffassung der Fragesteller ist es offensichtlich, dass die infolge des zunehmenden Wettbewerbs über Zusatzbeiträge geschaffene strategische Ausrichtung der KKH-Allianz zu diesem Verhalten der Kasse geführt hatte. Die Fragesteller haben die Information erhalten, dass ein Hauptabteilungsleiter seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Vertrieb sowie in den Regional- und Gebietsleitungen aufforderte, die Vorgaben der Bundesregierung in Konsequenz der Kleinen Anfrage der Fraktion DIE LINKE. zu beachten, obwohl diese inhaltlich dem hauseigenen Verständnis eines funktionierenden Wettbewerbs nur sehr bedingt entsprächen.

Die mittlerweile in KKH umbenannte Kasse führte auf Nachfrage der „Ärzte-Zeitung" aus, dass sie ihre Vertriebsaktivitäten einer gründlichen internen Revision unterzogen habe und personelle wie organisatorische Konsequenzen gezogen habe. Die Aufarbeitung der Vorfälle sei auch vom BVA begleitet worden, so die KKH. Ob dem Solidarprinzip entgegenlaufende Vorfälle jedoch tatsächlich der Vergangenheit angehören, muss abgewartet werden, zumal auch Ende 2014 der Vorsitzende der KKH auf einem Vortrag bei der Mitgliederversammlung der KKH-Versichertengemeinschaft e. V. immer noch auf die die Wettbewerbsfähigkeit stärkenden Elemente aus der strategischen Neuaufstellung 2012 verwies im Hinblick auf die „sich verändernden GKV-Rahmenbedingungen". Auch aktuell gegenüber der „Ärzte-Zeitung" sagt die KKH, dass die GKV (gesetzliche Krankenversicherung) durch die Zusatzbeiträge einen verschärften Preiswettbewerb erlebe, der leider zulasten eines Wettbewerbs um die bestmögliche Versorgung ginge. Weiter räumt die KKH ein, dass es bei Wechselentscheidungen von Mitgliedern „im Wesentlichen der Preis die entscheidende Rolle spielt. Nur in Ausnahmefällen können spezifische Leistungsangebote überzeugen". Die Preisanreize, die über die individuellen Zusatzbeiträge gesetzt werden, seien einfach zu stark, so die KKH-Sprecherin. Die Ergebnisse dieser finanziellen Verwerfungen könnten auch „über ein gutes Management nicht ausgeglichen werden".

Die Fragesteller haben aus dem Vertrieb der KKH-Allianz vom Februar 2013 die Information erhalten, dass – wohl infolge des Eingreifens der BVA – nicht mehr Personen mit niedrigem Einkommen von Prämienzahlungen für die werbenden Vertriebsmitarbeiter ausgenommen werden, aber immer noch gewisse Personengruppen als „Wertbare Neuaufnahmen" definiert werden. Dazu zählen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Selbständige, Berufsanfängerinnen und Berufsanfänger sowie Studierende. Zielgruppenvereinbarungen finden also immer noch statt, zwar nicht mehr nach Einkommen, aber immer noch nach Kriterien, die mit dem Einkommen korrelieren.

Es darf bezweifelt werden, dass die KKH eine besonders unsolidarische Kasse ist; das liegt den Fragestellern auch fern. Im Umkehrschluss bedeutet dies aber,

dass das Handeln der KKH durchaus im normalen Rahmen des Marktgeschehens liegen könnte und deshalb die gesetzlichen Rahmenbedingungen, die den Wettbewerb unter den Kassen stärken, überprüft werden sollten. Die KKH-Sprecherin schätzt die Rahmenbedingungen in dem Artikel der „Ärzte-Zeitung“ recht eindeutig ein: Unter den derzeitigen Rahmenbedingungen ließe sich ein „Qualitätswettbewerb nur schwerlich umsetzen“.

Auch über eine andere Krankenkasse, die HEK – Hanseatische Krankenkasse, berichtet die „Ärzte-Zeitung“ aufgrund von Unterlagen, die ebenfalls den Fragestellern vorliegen. In diesem Fall handelt es sich um Ausdrucke aus Online-Außendienstportalen des Vertriebspartners Generali Versicherung AG von August 2015. Darin beschreibt Generali den Vertriebsmitarbeiterinnen und -mitarbeitern seinen Kunden, die HEK folgendermaßen: „Das umfangreiche Leistungsangebot und die günstigen Beitragskonditionen ermöglicht die HEK durch die Absicherung von überwiegend gesundheitsbewussten und erfolgsorientierten Menschen. Wenden Sie sich daher an folgende Klientel:

– Personen mit überdurchschnittlichem Jahreseinkommen,
– Akademiker, kaufmännische Angestellte,
– Auszubildende und Studenten,
– Selbständige,
– Familien.“

Offenbar hat diese Selektion auch Auswirkungen auf das eigene Einkommen der Vermittler: „Sprechen Sie insbesondere gesundheitsbewusste und erfolgsorientierte Personen an, um Ihre Möglichkeiten auf attraktive Zusatzgeschäfte voll auszuschöpfen.“

Ein weiteres zusätzliches Kundenpotential erhofft sich die HEK augenscheinlich von den Mitarbeitern ihres Auftragnehmers Generali. Dieser schrieb seinen Vertriebsmitarbeiterinnen und -mitarbeitern im Mai 2015: „Eine Kooperation bedeutet Vertrauen und gegenseitige Unterstützung bei der Erreichung der wechselseitigen Ziele. In diesem Sinne hat das Unternehmen die Erwartung, dass auch Sie persönlich der HEK das Vertrauen schenken und sich bei unserem neuen Partner versichern.“ Hier versuchen also die HEK und Generali das freie Kassenwahlrecht der Generali-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter zur Erreichung eigener ökonomischer Ziele infrage zu stellen.

Auch Bonusprogramme werden gezielt zur Förderung von Neuakquisitionen von Mitgliedern genutzt, die Bestandsmitglieder aus Satzungsgründen nicht in Anspruch nehmen können. So findet sich in der Satzung der HEK ein Bonusprogramm, der „Gesund-Leben-Bonus“, der nur in Anspruch genommen werden kann, wenn eine „ungekündigte Mitgliedschaft“ sowie eine „lückenlose jährliche Inanspruchnahme“ vorliegen. Beide Voraussetzungen gleichzeitig zu erfüllen, ist nur Neumitgliedern möglich. Wer bereits Mitglied ist und die Leistung in der Vergangenheit nicht in Anspruch genommen hat, bleibt hierdurch ausgeschlossen. Konsequenterweise bewirbt die HEK dieses Bonusprogramm auch nicht für Bestandskunden auf ihrer Homepage (vgl. www.hek.de/leistungen-beitraege/business-leistungen/bonusprogramm.html). Kooperierende Versicherungsvertreter und -makler verfügen aber über ein Akquisitionsblatt, welches die Vorzüge dieses Bonusprogramms bewerben hilft (vgl. www.hjm-makler.de/wp-content/uploads/2015/02/Merkblatt-HEK-Bonusprogramm-2015_01.pdf). Es handelt sich hierbei also ganz offensichtlich um ein reines Wettbewerbsinstrument zur Abwerbung nichtrauchender, normalgewichtiger, geimpfter und auch ansonsten gesunder und gesundheitsbewusster Mitglieder von anderen Kassen und nicht um eine Satzungsleistung, die grundsätzlich allen Mitgliedern offensteht.

Offenbar sind es keine Einzelfälle, sondern strategische Entscheidungen von Krankenkassen, sich auf eine gewisse Klientel zu fokussieren und Versicherte,

> die nicht in dieses Schema passen, zumindest nicht zu umwerben – etwa mit Bonusprogrammen. Dies steht dem Gedanken entgegen, dass vor den Krankenkassen als Körperschaften öffentlichen Rechts alle Versicherten gleich sein sollten. Außerdem scheint es die Wettbewerbsposition von Krankenkassen zu verbessern, wenn sie Leistungen restriktiv handhaben mit negativen Konsequenzen für die gesundheitliche Versorgung. Die rechtlichen Möglichkeiten werden hierbei bis zur Grenze des Legalen genutzt, teilweise sogar darüber hinaus.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die in den Vorbemerkungen der Fragesteller zitierten Aussagen aus einem Strategiepapier der damaligen KKH Allianz stammen aus dem Jahr 2012, das nach Auskunft der KKH der heutigen Kassenpolitik nicht mehr zugrunde gelegt wird. Die damit in Zusammenhang stehenden Vorgänge wurden durch das Bundesversicherungsamt geprüft und unzulässige Praktiken wie z. B. die erwähnten Zielgruppenvereinbarungen beanstandet.

Zielgruppenvereinbarungen, d. h. Vereinbarungen, die Aufwandsentschädigungen oder Prämien nur für die Werbung von Mitgliedern aus bestimmten Personenkreisen vorsehen, sind grundsätzlich unzulässig. Dies ist grundsätzlich unabhängig davon, ob die Risikoselektion anhand bestimmter Einkommensgrößen oder der Zugehörigkeit zu einem bestimmten Personenkreis erfolgt. Soweit Krankenkassen systematische Risikoselektion betreiben, verstoßen sie gegen das Diskriminierungsverbot und das in der gesetzlichen Krankenversicherung zu beachtende Solidaritätsprinzip. Die Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung haben in den im November 2015 überarbeiteten „Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätzen der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung“ eine entsprechende Klarstellung aufgenommen. Soweit das Bundesversicherungsamt in der Vergangenheit von solchen Zielgruppenvereinbarungen erfahren hat, hat es diese konsequent aufsichtsrechtlich aufgegriffen und wird dies auch zukünftig tun. Nach Aussage des Bundesversicherungsamtes sind dort derzeit keine Zielgruppenvereinbarungen bei Krankenkassen bekannt. Von diesen unzulässigen Zielgruppenvereinbarungen sind jedoch allgemeine Werbemaßnahmen zu unterscheiden, mit denen Krankenkassen z. B. ihre besonderen Angebote für bestimmte Personengruppen besonders darstellen und hervorheben. Soweit dies nicht zur Ausgrenzung von potentiellen Mitgliedern bzw. zur Einschränkung des Wahlrechts führt, sind solche Werbemaßnahmen nicht zu beanstanden.

Auch Bonusprogramme der Krankenkassen sind grundsätzlich an alle Mitglieder einer Krankenkasse zu richten und diskriminierungsfrei auszugestalten. Im Rahmen der rechtlichen Vorgaben des § 65b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) stellen die Bonusprogramme durchaus ein zulässiges Wettbewerbsinstrument der Krankenkassen dar. Krankenkassen können sich mit guten Bonusprogrammen, die allen Mitgliedern offen stehen, im Wettbewerb positionieren. Damit sind Bonusprogramme ein Wettbewerbsinstrument, das gerade nicht den reinen Preiswettbewerb um den niedrigsten Beitragssatz zum Gegenstand hat. Vielmehr wird den Versicherten die Möglichkeit gegeben, aus unterschiedlich ausgestalteten Bonusprogrammen der Krankenkassen ein für sie passendes zu wählen.

Insgesamt wird die Schlussfolgerung der Fragesteller, dass unter den aktuellen Rahmenbedingungen ein Qualitäts- bzw. Versorgungswettbewerb unter den Krankenkassen nicht funktioniere, da der Preis der entscheidende Wettbewerbsparameter sei, nicht geteilt.

Zwar ist ohne einen Preiswettbewerb, der eine wirtschaftliche und effiziente Mittelverwendung sichert, die Finanzierbarkeit einer hochwertigen Versorgung für alle Versicherten und Patienten unabhängig von Krankheit, Alter, Einkommen und Wohnort langfristig nicht zu gewährleisten. Genauso wichtig ist aber der Wettbewerb um Qualität, Umfang der Leistungen und innovative Versorgungsangebote sowie besseren Service. Mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) hat die Bundesregierung wichtige Weichenstellungen vorgenommen, um den Qualitätswettbewerb zu stärken. Im Rahmen einer aktuellen Studie des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (Wido) konnte eine Dominanz des Preiswettbewerbs nicht festgestellt werden.

1. Ist es richtig, dass als eine Konsequenz des Eingreifens des BVA bei der KKH die Zielgruppenvereinbarung abgeschafft wurde, wonach Vertriebsprovisionen von einem Mindesteinkommen des zukünftigen KKH-Mitglieds in Höhe von 1 000 Euro pro Monat abhängig gemacht wurden?

Nach Auskunft des Bundesversicherungsamtes (BVA) hat die KKH die besagte Zielgruppenvereinbarung nach aufsichtsrechtlicher Intervention beendet.

2. Ist es richtig, dass auch nach dem Eingreifen des BVA und wahrscheinlich bis heute andere Zielgruppenvereinbarungen im Vertrieb der KKH existieren, und sind diese in der Vorbemerkung bereits umfassend beschrieben?

3. Ist die Information richtig, dass im Vertrieb der KKH weiterhin für Rentnerinnen und Rentner, Arbeitslose und Hartz-IV-Betroffene als Neumitglieder der KKH gemäß den Zielgruppenvereinbarungen keine Prämien an die Vertriebsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter gezahlt werden, somit also Ausschlüsse und Prämienhöhen nicht mehr von der Einkommenshöhe, wohl aber von damit in Zusammenhang stehenden Statusmerkmalen abhängig sind?

4. Sind solche Zielgruppenvereinbarungen aus Sicht der Bundesregierung generell zulässig?

Die Fragen 2 bis 4 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Zielgruppenvereinbarungen, d. h. Vereinbarungen, die Aufwandsentschädigungen sowie Prämien nur für die Anwerbung von Mitgliedern aus bestimmten Personenkreisen vorsehen, sind unzulässig. Sie befördern eine Risikoselektion und verstoßen damit gegen das Diskriminierungsverbot und das in der gesetzlichen Krankenversicherung zu beachtende Solidaritätsprinzip. Ob die Risikoselektion anhand bestimmter Einkommensgrößen oder der Zugehörigkeit zu einem bestimmten Personenkreis erfolgt, ist unerheblich. Um eine solches Verhalten möglichst im Vorhinein zu unterbinden, ist dies als Klarstellung – auch gegenüber den Krankenkassen – in die im November 2015 überarbeiteten „Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung“ aufgenommen worden. Soweit das BVA von unzulässigen Zielgruppenvereinbarungen in der Vergangenheit erfahren hat, hat es diese aufgegriffen und wird das auch künftig tun.

Aktuelle Zielgruppenvereinbarungen der KKH sind dem Bundesversicherungsamt derzeit nicht bekannt.

5. Wie viele Krankenkassen bewerben nach Kenntnis der Bundesregierung ausdrücklich Rentnerinnen und Rentner in ihren Mitgliederkampagnen?

6. Wie viele Krankenkassen bewerben nach Kenntnis der Bundesregierung ausdrücklich Hartz-IV-Betroffene, Geringverdienende oder Arbeitslose in ihren Mitgliederkampagnen, bewerben also beispielsweise ausdrücklich spezielle Leistungen für diese Zielgruppe oder zahlen im Vertrieb erhöhte Prämien für diese Zielgruppe?

Die Fragen 5 und 6 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Weder dem Bundesversicherungsamt noch der Bundesregierung liegen Erkenntnisse vor, ob diese Versicherten-/Personengruppen besonders beworben werden.

7. Gibt es nach Auffassung der Bundesregierung für eine Krankenkasse gute Gründe bzw. Anreize für die Kassen, die genannten Gruppen zu meiden und stattdessen lieber auf die gesündere Gruppe der Gutverdienenden zuzugehen (bitte begründen)?

Seit Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 hat die Frage, ob die Mitglieder einer Krankenkasse Gut- oder Geringverdienende sind oder Arbeitslosengeld II beziehen, keinen Einfluss auf die Finanzausstattung einer Krankenkasse. Der Ausgleich der unterschiedlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder erfolgt seitdem über die Erhebung eines einheitlichen Beitragssatzes, die Zusammenführung aller Einnahmen im Gesundheitsfonds sowie nach einheitlichen Kriterien gebildete, risikoadjustierte Zuweisungen an die Krankenkassen zur Versorgung ihrer Versicherten. Mit Einführung des kassenindividuellen, einkommensabhängigen Zusatzbeitrags durch das GKV-FQWG ab dem 1. Januar 2015 wurde zudem ein ergänzender Einkommensausgleich eingeführt, der sicherstellt, dass Krankenkassen, deren Mitglieder im Durchschnitt weniger verdienen, keinen höheren Zusatzbeitrag erheben müssen als Krankenkassen mit besser verdienenden Mitgliedern (siehe auch die Antwort zu den Fragen 14 und 18).

8. Wäre es nach Auffassung der Bundesregierung versorgungspolitisch sinnvoll, Leistungen zur Gesundheitsförderung und -prävention speziell für diese Personengruppen anzubieten (bitte begründen)?

Die Bundesregierung hält es für sinnvoll, mit Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Gesundheitsförderung und Prävention die in den Fragen 5 und 6 genannten Personengruppen zu erreichen. Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG) vom 17. Juli 2015 wurde ausdrücklich bekräftigt, dass die Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung insbesondere zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen sollen (§ 20 Absatz 1 Satz 2 SGB V). Soziale Benachteiligungen können sich auch aus Erwerbslosigkeit und geringerem Einkommen ergeben und mit einem schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand und einem höheren Erkrankungsrisiko einhergehen. Die Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten der Menschen, die mit dem Präventionsgesetz ausgebaut wurde, ist besonders geeignet, das Ziel der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit zu erreichen, da sich diese Leistungen auf die Lebensräume der Menschen richten, in denen Einfluss auf die Bedingungen von Gesundheit genommen und Stigmatisierungen vermieden werden können. Die Begründung zum Regierungsentwurf des Präventionsgesetzes (Bundestagsdrucksache 18/4282, S. 32) weist die Personengruppe, deren berufliche

Eingliederung auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen besonders erschwert ist, als eine vordringlich mit Präventionsleistungen zu erreichenden Zielgruppe aus.

9. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung der KKH-Allianz, einer im Wettbewerb befindlichen Krankenkasse, dass Zusatzbeiträge den Versorgungswettbewerb zum Preiswettbewerb wandeln (bitte begründen)?

10. Urteilt die Bundesregierung, wie auch die KKH-Allianz in ihrem Strategiepapier, dass eine totale Leistungs- und Servicefixierung mit dem Markt (Preis) unvereinbar sei (bitte begründen)?

11. Ist nach Kenntnis der Bundesregierung im Krankenkassenwettbewerb die Unterordnung der Ausgabenbereiche einer Krankenkasse unter das Primat der Ökonomie aus Sicht dieser Krankenkasse sinnvoll, und ist dies gesetzgeberisch gewollt (bitte begründen)?

12. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung der KKH-Allianz, dass die Optimierung der medizinischen Versorgung einerseits und die Erreichung rechenbarer, wirtschaftlicher Vorteile für die KKH andererseits gleichrangige Ziele seien (bitte begründen)?

13. Ist es Ziel der Gesundheitspolitik der Bundesregierung, dass Krankenkassen Strategien entwickeln, die „medizinische Versorgung unter Wirtschaftlichkeitsaspekten zu optimieren“, oder würde die Bundesregierung eher zustimmen, die medizinische Versorgung als solche zu optimieren?

Die Fragen 9 bis 13 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Leistungsumfang in der gesetzlichen Krankenversicherung ist zum weitaus größten Teil gesetzlich sowie durch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgegeben. Dieser Leistungsumfang gewährleistet eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung für alle Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenkassen haben darauf zu achten, dass die Rechte der Versicherten auf medizinische Versorgung nach diesem Leistungsumfang von den Krankenkassen beachtet werden.

Um diese Versorgung auch langfristig, solidarisch und generationengerecht sichern zu können, müssen die Krankenkassen mit den vorhandenen Mitteln wirtschaftlich umgehen; das Wirtschaftlichkeitsgebot ist daher seit jeher ein zentrales Prinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung. Um dieses Gebot in die Tat umzusetzen, ist ein funktionierender, patientenorientierter Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen unerlässlich, der einen Wettbewerb sowohl um Preise als auch um Qualität, Leistungen und Service voraussetzt.

Ohne einen Preiswettbewerb gäbe es für die Krankenkassen jedoch kaum Anreize, mit den vorhandenen finanziellen Mitteln wirtschaftlich und effizient zu arbeiten. So verdeutlichen beispielweise die erheblichen und auch im vergangenen Jahr deutlich gestiegenen Einsparungen bei Arzneimitteln im Rahmen der Arzneimittelrabattverträge zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen, wie Wirtschaftlichkeitsreserven durch den Wettbewerb der Krankenkassen gehoben werden können. So ist auf Basis der vorläufigen Finanzergebnisse des Jahres 2015 das Volumen dieser Rabattverträge bei allen Kassenarten deutlich gestiegen und hat sich gegenüber den entsprechenden Volumina des Jahres 2014 um rund 460 Mio. Euro auf insgesamt 3,61 Mrd. Euro erhöht. Auch die

derzeit wieder stärker zu beobachtenden Restrukturierungsanstrengungen bei vielen Krankenkassen mit dem Ziel einer effizienteren Verwaltungsstruktur verdeutlichen die positiven Wirkungen des Preiswettbewerbs.

Die mit dem Preiswettbewerb verbundene Beitragssatzautonomie ermöglicht es den gesetzlichen Krankenkassen, unterschiedliche Leistungen sowie Versorgungs- und Serviceangebote zu unterschiedlichen Preisen anzubieten und die Mitglieder über das von ihnen präferierte Angebot entscheiden zu lassen. Der Preiswettbewerb fördert auch, dass viele Krankenkassen ihre Mitglieder durch das Abschmelzen von Finanzreserven angemessen an der positiven finanziellen Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung in den letzten Jahren beteiligen und die angesparten Beitragszahlungen ihrer Mitglieder in Form geringerer Zusatzbeiträge an diese wieder zurückgeben.

Ohne diesen Wettbewerb, der eine wirtschaftliche und effiziente Mittelverwendung sichert, wäre die Finanzierbarkeit einer hochwertigen Versorgung für alle Versicherten und Patienten unabhängig von Krankheit, Alter, Einkommen und Wohnort langfristig nicht zu gewährleisten. Der Preiswettbewerb und die damit verbundenen Wirtschaftlichkeitsanreize sind insofern Voraussetzung für eine nachhaltige Finanzierbarkeit der solidarischen Krankenversicherung in Deutschland.

Der Preis ist jedoch nur ein Parameter unter vielen Wettbewerbsparametern zwischen den Krankenkassen. Genauso wichtig wie der Preiswettbewerb ist der Wettbewerb um Qualität, den Umfang der Leistungen, gute und innovative Versorgungsangebote und besseren Service. Auch hier haben Krankenkassen ihre Spielräume in den vergangenen Jahren verstärkt genutzt. So ist mittlerweile das Volumen der erweiterten Satzungsleistungen der Krankenkassen, mit denen beispielsweise zusätzliche Leistungen der Osteopathie, der professionellen Zahnreinigung oder bei künstlicher Befruchtung nach § 11 Absatz 6 SGB V angeboten werden, von rund 60 Mio. Euro in 2012 auf rund 327 Mio. Euro in 2015 gestiegen. Auch deuten beispielsweise erheblich steigende Ausgaben für die hausarztzentrierte Versorgung und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung darauf hin, dass sich das Leistungs- und Versorgungsangebot zu Gunsten der Patientinnen und Patienten verbessert. Auch in Verbrauchermedien, die das Preis- und Leistungsangebot der Krankenkassen oftmals umfangreich analysieren, ist der Zusatzbeitragssatz als Preis nur einer unter einer Vielzahl an untersuchten Parametern.

Mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) hat die Bundesregierung wichtige Weichenstellungen vorgenommen, um den Qualitätswettbewerb zu stärken. Beispielsweise wurden mit der Gründung des Qualitätsinstitutes wichtige Voraussetzungen geschaffen, um mittel- bis langfristig die Transparenz und Vergleichbarkeit medizinischer Behandlungsergebnisse zu erhöhen. Ergänzend werden durch vielfältige Maßnahmen im Rahmen einer umfangreichen Qualitätsoffensive (u. a. im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes) die Rahmenbedingungen für einen patientenorientierten Qualitätswettbewerb gestärkt. Auch das Präventionsgesetz sowie das Hospiz- und Palliativgesetz sorgen für wichtige Weichenstellungen einer verbesserten Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsversorgung.

Gegen eine Dominanz des Preiswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung sprechen auch die Ergebnisse kürzlich veröffentlichter Versichertenbefragungen. In einer aktuellen Studie des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (Wido) wurde die Beitragssatzwahrnehmung und die Wechselbereitschaft der gesetzlich Versicherten analysiert. Ein Ergebnis dieser Studie war,

dass bei einem Wechsel in eine andere Krankenkasse Leistungserwartungen an die neue Krankenkasse bzw. Leistungserfahrungen in der alten Krankenkasse eine ähnlich große Rolle wie der Preis spielen. Insgesamt konnte im Rahmen dieser Untersuchung eine Dominanz des Preiswettbewerbs im aktuellen Wettbewerb nicht festgestellt werden.

14. Stimmt die Bundesregierung der Einschätzung der Fragestellenden zu, dass hier aufgrund des immer stärkeren Wettbewerbsgedankens in der gesetzlichen Krankenversicherung ein Wandel in der Kultur der Krankenkassenmitarbeiterinnen und -mitarbeiter stattgefunden hat, der dazu führt, dass einige Versicherte als „werthaltiger" als andere angesehen werden?

    Wäre es nach Einschätzung der Bundesregierung in einer Wettbewerbssituation befremdlich, wenn Krankenkassenleitungen einen solchen Kulturwandel von ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verlangten?

18. Hat ein solches Verhalten einer Krankenkasse einen gesellschaftlichen oder sonstigen Nutzen?

Die Fragen 14 und 18 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der solidarische Wettbewerbsrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung gewährleistet, dass der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen sich an den Präferenzen der Versicherten orientiert und mit dem Ziel geführt wird, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Mit dem freien Krankenkassenwahlrecht, dem Kontrahierungszwang, dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich und dem Einkommensausgleich sind die Rahmenbedingungen des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen so gefasst, dass Anreize zur Risikoselektion weitestmöglich reduziert werden.

Mit der im Rahmen des GKV-FQWG erfolgten Einführung eines vollständigen Einkommensausgleiches für die Zusatzbeiträge wird verhindert, dass unterschiedliche Einkommensstrukturen der Mitglieder der Krankenkassen zu Wettbewerbsvorteilen bzw. Wettbewerbsnachteilen führen. Der vollständige Einkommensausgleich stellt sicher, dass Anreize zur Risikoselektion hinsichtlich der Einkommensstruktur ausgeschlossen werden und der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen sich an den Bedürfnissen der Versicherten ausrichtet und dem Ziel folgt, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erhöhen.

Ziel des solidarischen Wettbewerbsrahmens der gesetzlichen Krankenversicherung ist es, dass sich wettbewerbliche Vorteile von Krankenkassen nicht aus Strategien der Risikoselektion, sondern aus einer effizienten und qualitativ hochwertigen Versorgung ihrer Versicherten ergeben. Der mittlerweile nicht mehr nachweisbare statistische Zusammenhang zwischen Deckungsquote (Quotient aus Zuweisungen und berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben) und der Krankheitslast einer Krankenkasse macht deutlich, dass hohe Morbidität im Wettbewerb nicht mehr zwingend Nachteile und geringe Morbidität nicht mehr zwingend Wettbewerbsvorteile begründet. Von erheblich größerer Bedeutung ist vielmehr die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch eine Krankenkasse (siehe Antwort zu Frage 17).

15. Weshalb sind Zielvereinbarungen mit Vertriebsunternehmen sowie andere Gestaltungsmittel der Krankenkassen bezüglich ihrer „Versichertensubstanz" nicht verboten?

Es wird auf die Antwort zu den Fragen 2 bis 4 verwiesen.

16. Teilt die Bundesregierung die Aussage aus dem internen Strategiepapier der KKH, dass der wirtschaftliche Erfolg einer Krankenkasse wesentlich von der Struktur des Versichertenbestandes abhängt?

17. Wie bewertet die Bundesregierung grundsätzlich den Sachverhalt, dass eine im Wettbewerb stehende Krankenkasse ihren Versichertenbestand zu optimieren versucht?

Die Fragen 16 und 17 werden wegen des Sachzusammenhanges gemeinsam beantwortet.

Das zitierte interne Strategiepapier der KKH ist der Bundesregierung nicht bekannt und liegt auch dem Bundesversicherungsamt nicht vor.

Grundsätzlich ist darauf hinzuweisen, dass der Risikostrukturausgleich seit seiner Einführung dem Anreiz entgegenwirkt, dass Krankenkassen ihren Mitgliederwettbewerb auf jüngere, gesündere Versicherte mit unterdurchschnittlichen Krankheitskosten bzw. auf Mitglieder mit überdurchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen konzentrieren. Die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder hat dabei seit 2009 keinen Einfluss mehr auf die Höhe der Beiträge der Krankenkassen (siehe Antwort zu Frage 7). Einem Wettbewerb um gesunde Versicherte wirkt seit 2009 der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) entgegen. Die deutlich verbesserte Zielgenauigkeit des Morbi-RSA wurde durch den Evaluationsbericht des Wissenschaftlichen Beirats beim BVA 2011 bestätigt. Dem vom Beirat aufgezeigten Handlungsbedarf in den Bereichen Auslandsversicherte und Krankengeld wurde durch die Regelungen des GKV-FQWG Rechnung getragen, ebenso durch die Umsetzung der Rechtsprechung zur sog. Annualisierung der Ausgaben für Verstorbene ab dem Jahresausgleich für das Jahr 2013. Die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA hat sich dadurch weiter verbessert.

Dabei gleicht der RSA standardisierte und nicht tatsächliche Ausgaben der Krankenkassen aus. Somit liegt es in der Natur des Verfahrens, dass einzelne Krankenkassen Über- oder Unterdeckungen aufweisen. Die vorliegenden Zahlen zu den Jahresausgleichen 2013 und 2014 zeigen aber auch, dass es keinen systematischen Zusammenhang zwischen der durchschnittlichen Morbidität der Versicherten einer Krankenkasse und der Über- oder Unterdeckung dieser Krankenkassen bei ihren Leistungsausgaben gibt. Das zeigt zugleich, dass die Position einer Krankenkasse im Wettbewerb von zahlreichen Faktoren beeinflusst wird, nicht zuletzt durch die spezifische Geschäftspolitik der Krankenkassen in Gegenwart und Vergangenheit. Der Versuch einfacher Erklärungen greift zu kurz.

Sollten Krankenkassen versuchen, aktiv Risikoselektion zu betreiben – mit welchen Zielen und Richtungen auch immer –, ist dies – wie in der Vergangenheit geschehen – aufsichtsrechtlich zu prüfen und ggf. zu sanktionieren.

19. Soll der politisch seitens der Bundesregierung gewollte Wettbewerb unter den Krankenkassen u. a. über ein Leistungskostenmanagement ausgefochten werden, eine Krankenkasse also dann erfolgreich sein und als gut wirtschaftend gelten, wenn dies „an einer positiven Entwicklung der Leistungsausgaben im Vergleich zu den Mitbewerbern ablesbar“ ist?

20. Ist es nach Auffassung der Bundesregierung richtig, dass eine möglichst restriktive Leistungsgewährung ein Weg zu wirtschaftlichem Erfolg einer Krankenkasse sein kann?

21. Trägt nach Ansicht der Bundesregierung der Wettbewerb unter den Kassen dazu bei, dass eine Krankenkasse als Strategie ausgibt, „bei jeder Entscheidung“ berücksichtigen zu müssen, „ob sie einen Beitrag zur Wertschöpfung leistet“, und wenn ja, ist dies eine erwünschte Folge des Wettbewerbs?

    Stimmt die Bundesregierung dieser Einschätzung zu, dass eine Krankenkasse, die sich so verhält, Wettbewerbsvorteile hat?

Die Fragen 19 bis 21 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Ausgabensteuerung (beispielsweise die Prüfung von Rechnungen der Leistungserbringer) ist nur ein Parameter – wenngleich sicherlich ein nicht unbedeutender – unter einer Vielzahl an Einflussfaktoren auf die Wirtschaftlichkeit einer Krankenkasse. Die in der Antwort auf die Fragen 9 bis 13 zitierte Studie des Wido-Instituts gibt Hinweise darauf, dass negative Leistungserfahrungen einen wichtigen Wechselgrund zu einer anderen Krankenkasse darstellen. Insofern könnte eine restriktive Leistungsgewährung in einem wettbewerblichen Umfeld, das den Mitgliedern Wahlrechte zubilligt, erhebliche Mitgliederabwanderungen, ein schlechtes Image und in der Folge negative wirtschaftliche Konsequenzen zur Folge haben. Unabhängig davon ist es Aufgabe der Aufsichtsbehörden, darauf zu achten, dass Krankenkassen die gesetzlichen Rechte der Versicherten auf medizinische Leistungen nicht missachten.

Im Übrigen wird auf die Antworten zu den Fragen 8 bis 13 und 19 bis 21 verwiesen.

22. Sind die modifizierten Zielgruppenvereinbarungen der KKH, die nicht mehr auf das Einkommen abzielen, sondern auf die (Nicht-)Zugehörigkeit von sozialen Gruppen, nach Ansicht der Bundesregierung rechtlich zulässig?

23. Ist es aus Sicht der Bundesregierung weniger diskriminierend, statt aufgrund geringen Einkommens wegen des Status als Rentner oder wegen Arbeitslosigkeit diskriminiert zu werden?

24. Ist nach Ansicht der Bundesregierung eine Zielgruppenvereinbarung, die Rentnerinnen und Rentner ausschließt, Altersdiskriminierung?

25. Welche Art von Zielgruppenvereinbarungen ist aus Sicht der Bundesregierung nicht diskriminierend und zulässig?

Die Fragen 22 bis 25 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Es wird auf die Antworten zu den Fragen 2 bis 6 verwiesen.

26. Ist es Ziel der Bundesregierung, dass Krankenkassen über „Neuakquisitionen“ eine „Wertsteigerung der Versichertensubstanz“ erreichen wollen, sowie auf diese Weise „qualitatives Wachstum sichern und so ihren Beitrag zur Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens“ leisten wollen?

27. Ist es Ziel der Politik der Bundesregierung, dass in einer Körperschaft öffentlichen Rechts von einer „Wertsteigerung der Versichertensubstanz“ die Rede ist?

28. Trifft es nach Einschätzung der Bundesregierung zu, dass eine Körperschaft öffentlichen Rechts grundsätzlich alle Menschen als gleichwertig ansehen müsste?

Die Fragen 26 bis 28 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Es wird auf die Antworten zu den Fragen 14, 16, 17 und 18 verwiesen.

29. Welche Krankenkassen haben nach Kenntnis der Bundesregierung vergleichbare Zielgruppenvereinbarungen wie die von der KKH und HEK beschriebenen (ggf. nur bundesunmittelbare Krankenkassen nennen)?

Weder der Bundesregierung noch dem Bundesversicherungsamt sind weitere Krankenkassen bzw. entsprechende (aktuelle) Zielgruppenvereinbarungen bekannt. Es wird auf die Antwort zu den Fragen 2 bis 4 verwiesen.

30. Ist es nach Ansicht der Bundesregierung Sinn einer Krankenversicherung, auf die „Absicherung von überwiegend gesundheitsbewussten und erfolgsorientierten Menschen“ zu setzen?

Es wird auf die Antworten zu den Fragen 14, 16, 17 und 18 verwiesen.

31. Widerspricht die Anweisung an die Generali-Mitarbeiter, sich bei der Anwerbung von neu Versicherten auf „Personen mit überdurchschnittlichem Jahreseinkommen“ zu wenden, dem Verbot von Einkommensdiskriminierung, das die Bundesregierung im Fall der KKH-Allianz in der Antwort auf die Kleine Anfrage auf Bundestagsdrucksache 17/11910 festgestellt hatte?

Eine bloße allgemeine Ausrichtung im Vertrieb auf Personen mit „überdurchschnittlichem Einkommen“ ist grundsätzlich noch nicht zu beanstanden. Dies ist vergleichbar mit der allgemeinen Ausrichtung anderer Krankenkassen auf bestimmte Personengruppen, wie etwa Familien oder eine besonders sportliche Klientel. Erst wenn im Einzelfall potentiellen Mitgliedern der Zugang zur Krankenkasse erschwert würde oder nur für die Akquise bestimmter Personen(-kreise) keine Vergütung gewährt würde, wäre die Grenze des rechtlich Zulässigen überschritten.

32. Ist es nach Ansicht der Bundesregierung zulässig, dass ein Arbeitgeber seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nahelegt, sich bei einer bestimmten Krankenkasse zu versichern, weil der Arbeitgeber selbst Auftragnehmer dieser Krankenkasse ist?

    Ist es zulässig, wenn eine Krankenkasse dies von ihrem Auftragnehmer erwartet?

    Widerspricht ein solches Vorgehen dem Recht auf freie Kassenwahl der Versicherten?

Das Recht auf freie Krankenkassenwahl soll den Wettbewerb der Krankenkassen um Mitglieder fördern. Daher darf die Wahlfreiheit des Mitglieds nicht eingeschränkt werden. Unabhängig davon, ob ein Arbeitgeber die Mitgliedschaft seiner Beschäftigten in einer bestimmten Krankenkasse empfiehlt, können Mitglieder frei wählen, welcher gesetzlichen Krankenkasse sie angehören wollen. Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber der gewählten Krankenkasse zu erklären. Versicherungspflichtig Beschäftigte haben ihrem Arbeitgeber als zur Meldung verpflichtete Stelle unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung der gewählten

Krankenkasse vorzulegen. Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht vorgelegt, hat der Arbeitgeber den Beschäftigten bei der Krankenkasse anzumelden, bei der zuletzt eine Versicherung bestand; bestand vor Eintritt der Versicherungspflicht keine Versicherung, kann der Arbeitgeber die Wahl der Krankenkasse für seinen Beschäftigten vornehmen.

33. Was hat die Prüfung der Satzung der HEK durch das BVA bezüglich des Bonusprogramms „Gesund-Leben-Bonus“ ergeben?

Die Regelung wurde überarbeitet und die Formulierung „und für den Fall der lückenlosen jährlichen Inanspruchnahme“ mit Wirkung zum 1. Januar 2016 gestrichen. Die Streichung erfolgte vor dem Hintergrund der Klarstellung, dass die Mitglieder ab erstmaliger Teilnahme am Bonusprogramm und nicht (wie hier angenommen) ab Beginn der Mitgliedschaft bei der HEK den Gesund-Leben-Bonus in Anspruch nehmen können. Bereits vor dem 1. Januar 2016 hatten mithin die bisherigen (Bestands-) Mitglieder die Möglichkeit, am Gesund-Leben-Bonus teilzunehmen.

34. Sind Klauseln zulässig, wie bei dem „Gesund-Leben-Bonus“ der HEK, die Versicherten, die bereits einmal bei der HEK gekündigt hatten und nun wieder Neumitglied werden, den Weg in dieses Bonusprogramm versperren?

Voraussetzung für die Auszahlung des Bonus ist eine „ungekündigte Mitgliedschaft“ (§ 25a Absatz 5 der Satzung der HEK). Demnach besteht kein Anspruch auf noch nicht eingelöste Bonusleistungen mit der Kündigung der Mitgliedschaft. Diese Regelung ist von dem Gestaltungsspielraum der Krankenkassen bei der näheren Ausgestaltung von Bonusprogrammen gedeckt. Erfolgt eine Neubegründung der HEK-Mitgliedschaft, ist der Zugang zum Bonusprogramm aber nicht versperrt. Eine Teilnahme kann erneut und wiederholt erfolgen.

35. Sind Klauseln zulässig, wie bei dem „Gesund-Leben-Bonus“ der HEK, die eine „lückenlose jährliche Inanspruchnahme“ als Voraussetzung für die Einschreibung in diesen Bonus-Tarif verlangen, es also nicht möglich ist, sich in diesen Tarif zu einem späteren Zeitpunkt, etwa nach einem ausgesetzten Jahr, jemals wieder einzuschreiben?

Der Passus der „lückenlosen jährlichen Inanspruchnahme“ dient(e) in erster Linie dazu, das gesetzliche Erfordernis der regelmäßigen Inanspruchnahme von Leistungen zur Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten oder Leistungen der Prävention sicherzustellen, die das Mitglied innerhalb eines Jahres nachzuweisen hat. Gelangt der Bonus für das Kalenderjahr nach Erfüllung der Voraussetzungen zur Auszahlung, kann das Mitglied im nächsten Jahr erneut und wiederholt am Bonusprogramm teilnehmen. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 33 verwiesen.

36. Ist die Klausel „lückenlose jährliche Inanspruchnahme“ in Kombination mit der Klausel „ungekündigte Mitgliedschaft“ so zu verstehen, dass lediglich Neumitglieder in den Genuss dieses Bonusprogramms kommen können und Bestandsmitglieder ausgeschlossen sind?

Auf die Antwort zu Frage 33 wird verwiesen. Bereits vor der zum 1. Januar 2016 vorgenommenen Klarstellung in der Satzung der betreffenden Krankenkasse hatten die bisherigen (Bestands-) Mitglieder die Möglichkeit, am Gesund-Leben-Bonus teilzunehmen.

37. Stimmt die Bundesregierung der Einschätzung zu, dass dieses Programm alleinig Wettbewerbszwecke in der Akquise von Mitgliedern erfüllt?

Die Einschätzung wird nicht geteilt. Insbesondere die Annahme, Bonusprogramme würden sich grundsätzlich nur an Neumitglieder richten, ist weder durch die vorliegenden Informationsunterlagen noch die Satzungsregelung der HEK belegt. Attraktive Bonusprogramme sind ein zulässiges Wettbewerbselement der Krankenkassen und können zwar auch bei der Mitgliederakquise eine Rolle spielen. Allerdings richten sich Bonusprogramme an alle Versicherte unabhängig davon, ob Neu- oder Bestandsversicherte; die Voraussetzungen sind dieselben. Versuche von bundesunmittelbaren Krankenkassen „Sofortbonus“-Regelungen für Neuversicherte einzuführen, wurden aufsichtsrechtlich stets unterbunden.

Im Übrigen widerspricht auch die gesetzliche Refinanzierungspflicht gemäß § 65a Absatz 3 SGB V der Auffassung, es handele sich um reine Marketingmaßnahmen, da die Ausgaben (Boni, Verwaltungskosten etc.) sich durch unmittelbar aus dem Bonusprogramm selbst ergebende Einsparungen finanzieren müssen, und nicht etwa als allgemeine Werbemaßnahme verbucht werden können.

38. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung, dass dieses Programm rechtswidrig ist?

    Hat das BVA diese Satzungsregelung geprüft, und was sind das Ergebnis und die Konsequenz dieser Prüfung?

Das Bundesversicherungsamt kommt zu dem Ergebnis, dass die Regelungen zum Gesund-Leben-Bonus im Bonusprogramm der HEK nicht rechtswidrig ist, da sich das Programm in gleicher Form an Neumitglieder und Bestandsversicherte richtet und keine unsachgemäße Benachteiligung einzelner Versichertengruppe festzustellen ist. Es wird auf die Antworten zu den Fragen 34 und 35 verwiesen.

39. Sind für den Fall der nachträglich festgestellten Rechtswidrigkeit bereits getätigte Bonuszahlungen an die Krankenkasse zurückzuerstatten oder bereits bewilligte Bonuszahlungen einzubehalten?

    Können Neumitglieder ihre Mitgliedschaft außerordentlich kündigen, wenn sie aufgrund des nichtzulässigen Bonusprogramms Mitglied wurden, davon aber nun nicht profitieren können?

    Gibt es Anforderungen an die Krankenkasse, wie eine solche nachträgliche Feststellung einer Rechtswidrigkeit an die Mitglieder zu kommunizieren ist?

Grundsätzlich besteht für die Krankenkassen die Möglichkeit der Rückforderung von Bonuszahlungen aufgrund von fehlerhaften oder falschen Nachweisen, denn eine qualifizierte Nachweisführung durch die Versicherten ist stets erforderlich. Einzelheiten unterliegen in der Praxis den verwaltungsinternen Abläufen der Krankenkassen. Die Rechtmäßigkeit der Bonusprogramme wird im Rahmen des Genehmigungsverfahrens durch die Aufsichtsbehörde sichergestellt. Änderungen

und Anpassungen von Bonusprogrammen unterliegen wie die Ursprungsfassung als Satzungsregelung dem Genehmigungsvorbehalt der zuständigen Aufsichtsbehörde, und sind den Versicherten z. B. über Aushang oder Mitgliederzeitschrift bekannt zu geben. Ein außerordentliches Kündigungsrecht sieht der Gesetzgeber in diesen Fällen nicht vor.

40. Wie steht die Bundesregierung zu der Aussage der KKH-Allianz in dem Artikel der „Ärzte-Zeitung“, wonach die GKV durch die Zusatzbeiträge einen verschärften Preiswettbewerb erlebe, der leider zulasten eines Wettbewerbs um die bestmögliche Versorgung ginge?

41. Wie steht die Bundesregierung zu der Aussage der KKH-Sprecherin, wonach bei Wechselentscheidungen von Mitgliedern „im Wesentlichen der Preis die entscheidende Rolle“ spiele, die „Preisanreize, die über die individuellen Zusatzbeiträge gesetzt werden, […] einfach zu stark“ seien und nur in Ausnahmefällen spezifische Leistungsangebote überzeugen könnten?

42. Wie steht die Bundesregierung zu der Aussage der KKH-Sprecherin, die Ergebnisse dieser finanziellen Verwerfungen könnten „über ein gutes Management nicht ausgeglichen werden“?

Die Fragen 40 bis 42 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Es wird auf die Antworten zu den Fragen 8 bis 13 und 19 bis 21 verwiesen.

43. Wie steht die Bundesregierung zu der Aussage der KKH-Sprecherin, wonach „[D]ie Effekte einer verbesserten Prävention oder Versorgung […] erst zu einem späten Zeitpunkt wirksam“ würden, „zu dem aber viele Mitglieder längst zu einer Kasse mit einem geringeren Zusatzbeitrag gewechselt“ seien, und ist es aus Sicht der Bundesregierung möglich, dass der Kassenwettbewerb negative Anreize für bessere Präventionsangebote der Kassen setzt?

Prävention lohnt sich für die Krankenkassen auch unter wettbewerblichen Bedingungen. Präventive Maßnahmen können beitragen, mittel- bis langfristig Krankheits- und Krankheitsfolgekosten zu vermeiden. Qualitativ hochwertige Präventionsleistungen können darüber hinaus dazu beitragen, Mitglieder langfristig an eine Krankenkasse zu binden. Zu berücksichtigen ist ferner, dass der mit dem Präventionsgesetz geschaffene Mindestbetrag für die Ausgaben der Krankenkassen für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (z. B. Schulen, Kitas und Betriebe) für alle Krankenkassen gleichermaßen gilt. Seit dem 1. Januar 2016 muss jede Krankenkasse für Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben und in anderen Lebenswelten jeweils mindestens zwei Euro jährlich für jeden ihrer Versicherten aufwenden.



Satz: Satzweiss.com Print, Web, Software GmbH, Mainzer Straße 116, 66121 Saarbrücken, www.satzweiss.com
Druck: Printsystem GmbH, Schafwäsche 1-3, 71296 Heimsheim, www.printsystem.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333